Was es wirklich bedeutet, Organe zu spenden: ein Blick auf die dunkle Seite

Wer sich zur Organspende im Falle seines Todes bereit erklärt, entscheidet sich dazu oftmals in dem Glauben, damit eine gute Tat zu tun, zumal die vermeintlich für das eigene Leben keine Konsequenzen mehr hat. Dies könnte sich als verheerender Irrtum herausstellen,

denn die Entnahme des Spenderorgans muss im noch warmen Körper erfolgen.

Ob der in allen Fällen wirklich schon tot ist, scheint überaus fraglich. Auch für den Empfänger bleibt der Nutzen fraglich, denn ein fremdes Organ zu empfangen (und zu behalten) bedeutet lebenslange Abhängigkeit vom Medizinbetrieb.

In unserem Land wird vielerorts für Organspenden von Toten geworben. An diesen Aufrufen beteiligen sich neben den direkt involvierten Medizinern auch Kirchen, Politiker und Medien. Dies liegt daran, dass es bei weitem mehr potentielle Empfänger für Organe gibt als Spender.

In der Öffentlichkeit wird die Bereitschaft, Organe zu spenden, daher als Akt der Nächstenliebe dargestellt.

Dahinter liegt jedoch eine grausame Wahrheit.

In Deutschland setzt eine Organtransplantation die Einwilligung des verstorbenen Organspenders voraus. Allerdings liegt nur bei sechs Prozent aller verpflanzten Organe die persönliche Einwillung des Spenders vor, während es in ca. 94 Prozent der Fälle **die Angehörigen** waren, die in die Transplantation einwilligten.

(Anmerkung:
Wieviele zustimmten, um schneller zu erben, ist nicht bekannt).

Die gesetzliche Grundlage für diese Praxis liegt in der sog. „erweiterten Zustimmungsregelung“, die seit dem 1. Dezember 1997 gültig ist und die es erlaubt,

das fehlende Einverständnis eines Verstorbenen

auch durch die Zustimmung seiner nächsten Angehörigen zu ersetzen, sofern

dies dem **mutmaßlichen Willen** des Verstorbenen entspricht.

Da dies noch immer nicht den Bedarf an Spenderorganen deckt, beschloss der Bundestag mit den Stimmen aller Parteien am 24.11.2011 die sog. Entscheidungslösung, die in diesem Jahr als Gesetz verabschiedet werden wird. Bei dieser Regelung soll jeder Bürger per Befragung entscheiden, ob er nach seinem Tod zum Organspender werde möchte oder nicht. Die Erklärung soll behördlicherseits registriert werden, z. B. auf der elektronischen Gesundheitskarte. Diese Erklärung wird also häufig von Personen abgegeben werden, die das 20. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Man hofft, auf diese Weise die Zahl der Spender, die vor ihrem Tod in die Organentnahme einwilligen, wesentlich zu erhöhen, und die Zahl der Angehörigen zu verringern, die sonst befragt werden müssten.

Für den, der noch keine Entscheidung getroffen hat – das sollen in Zukunft aber die Wenigsten sein – entscheiden nach seinem Tod weiterhin die Angehörigen.

Indessen dürfte den Hinterbliebenen häufig der Wille des Verstorbenen mangels vorheriger Aussprache gar nicht bekannt sein. So ist also zu erwarten, dass in vielen Fällen Angehörige etwas spenden, das ihnen gar nicht gehört.

Analog zu Verträgen zu Lasten Dritter müssten derartige Einwilligungen eigentlich sittenwidrig und deshalb unwirksam sein.

Derartiges gibt es nur im Transplantationsrecht, und daran erkennt man das hohe Interesse an verwertbare Organe von Verstorbenen heranzukommen.

Abgelehnt wurde vom Deutschen Bundestag jedoch die sog. Widerspruchsregelung. Nach diesem Entwurf dürften Organe nach dem Tod des Patienten auch gegen den Willen der Angehörigen entnommen werden – wenn der Verstorbene dem nicht vorher zu Lebzeiten ausdrücklich widersprochen hat. Sein Widerspruch würde in einem dafür vorgesehenen Widerspruchsregister festgehalten.

Im Gegensatz zu Deutschland gilt diese Widerspruchsregelung in den meisten europäischen Ländern; die erweiterte Zustimmungsregelung dagegen nur in sechs Staaten Europas.

Deutschen Touristen, deren Widerspruch nicht in einem dafür vorgesehenen Widerspruchsregister des jeweiligen Landes festgehalten ist, können daher nach ihrem Tod Organe jeder Art und in jedem Umfang zu Transplantationszwecken entnommen werden, wenn sie der Tod in

Frankreich, Italien, Lettland, Liechtenstein, Luxemburg, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, der Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern ereilt.

In allen diesen Ländern gilt, wie gesagt, die Widerspruchslösung.

Doch **welcher Tourist lässt vor einer Reise seinen Widerspruch im Widerspruchsregister des betreffenden Landes eintragen?**

Die Angehörigen haben lediglich in Belgien, Finnland und Norwegen noch ein Einspruchsrecht!
Noch drastischer ist es in Bulgarien: Dort gibt es noch nicht einmal ein Widerspruchsrecht. Es gilt stets die sog. „Notstandsregelung". Entnommen werden kann, was jeweils dringend benötigt wird. Bulgarien kann daher eigentlich nur besuchen, wem diese Perspektive keine Sorgen bereitet.

Hat der Gesetzgeber in Deutschland angenommen, dass sich die Kluft zwischen Organspendern und Empfängern durch die neue Regelung verkleinern würde, so dürfte dies aber ein Irrtum sein.

Denn so, wie die Dinge liegen, wird mit der Zahl der Organspender auch die Anzahl der Transplantationsempfehlungen als „Therapie der Wahl" zunehmen, **denn an Organverpflanzungen wird sehr viel Geld verdient.**

Laut einer Studie der Hamburger Universitätsklinik wird jedoch in Deutschland die Therapie der Herztransplantation in zwei Dritteln der Fälle vorschnell angeboten!

1 Laut dem Deutschen Bundesrat sollte jeder, der sich für eine Organspende entscheidet, ausreichend darüber informiert sein, wofür er sich entscheidet.

Jeder, der sich zur Organspende bereit erklärt hat oder dessen Angehörige nach seinem Tod dem zustimmen und jeder, der in einem Land stirbt, in dem die sog. Widerspruchsregelung gilt, sollte wissen, dass nach seinem „Tod" (wir kommen noch dazu, was die Anführungszeichen bedeuten!)
nur lebendfrische Organe entnommen und transplantiert werden können,

also nicht die leblosen Organe einer Leiche.

Als transplantierbare Organe gelten: Lunge, Herz, Nieren, Leber, Bauchspeicheldrüse und Dünndarm. In Einzelfällen wurden auch Körperteile wie Gesicht, Hände, Arme, Luftröhre, Kehlkopf, Zunge und Penis entnommen. Zu den transplantierbaren Geweben gehören: Haut, Knochen und Kochenteile, Herzklappen, Herzbeutel, Augen, Blutgefäße, Knorpelgewebe, Sehnen und Bänder.

Nachdem der südafrikanische Chirurg Christian Barnard im Dezember 1967 die erste Herztransplan-tation vorgenommen hatte, der 1968 in den USA weitere 70 Fälle folgten, **begann die Staatsanwaltschaft wegen vorsätzlicher Tötung gegen die Transplantationschirurgen zu ermitteln.**

1968 definierte eine ad-hoc eingesetzte Harvard-Kommission dann den Tod des Menschen neu:

Als „Tod“ definierte sie nun bereits das irreversible Koma.

Als Bedarf für dieses neue Todeskriterium nannte sie u. a. die überholte klassische Definition des Todes, die zu Kontroversen bei der Beschaffung von Organen von Patienten führen könnte, die bisher als noch lebende, zu pflegende Patienten angesehen worden seien.

Damit hob die Harvard-Kommission die bisher seit Jahrtausenden geltende Erkenntnis auf, wonach ein Mensch erst dann tot ist, wenn sein Herz und seine Atmung irreversibel zum Stillstand gekommen sind, Geist und Seele also den Körper endgültig verlassen haben.

Zuvor hatten 1959 die beiden französischen Ärzte Molaret und Goulon erstmals den Zustand des irreversiblen Komas beschrieben, bei dem das Gehirn durch Sauerstoffmangel irreversibel zerstört ist.

Diesen Zustand hatten sie als „coma dépassé“ (endgültiges Koma) beschrieben, jedoch nicht als Tod.

Bitte lassen Sie uns festhalten: Bis dahin hatte immer gegolten, dass ein Mensch erst dann verstorben, erst dann tot war, wenn sein gesamter Organismus – Herzatmung und der gesamte Kreislauf – zum Stillstand gekommen war.

Erst dann erkaltet der Körper des Verstorbenen, Totenflecken zeigen sich, die Leichenstarre stellt sich ein und der Verwesungsprozess folgt. Mit diesem lösen sich Geist und Seele durch Zerreißen des silbernen Bandes irreversibel

vom irdischen Körper und kehren zurück ins Jenseits, der wahren, ewigen Heimat des Menschen. Im Bereich atheistischer, materialistischer medizinischer Wissenschaft existieren Geist und Seele eines Menschen jedoch nicht.

Seit die Schulmedizin die Organtransplantation ins Programm aufgenommen hat, ist der Todeszeitpunkt also juristisch

zeitlich vorverlegt worden

und wird seitdem auch **immer noch weiter vorverlegt,**

um dem „Toten“ – in Wirklichkeit aber einem Sterbenden – lebendfrische Organe, wie z. B. das bis dahin noch schlagende Herz oder andere bis dahin voll durchblutete Organe wie Niere, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Augen etc. entnehmen zu können.

Denn nach dem deutschen Transplantationsgesetz (TPG) dürfen lebenswichtige Organe nur von Toten entnommen werden.

Im Interesse der Organtransplantation hat sich die Definition des „Hirntods“ als Todeszeitpunkt des Menschen nahezu weltweit durchgesetzt. Behilflich wurde dabei auch die Bundesärztekammer.

Sie konstatierte, dass mit dem Hirntod angeblich medizinisch-naturwissenschaftlich der Tod des Menschen klar festgestellt sei.

Wem ist schon bekannt, dass sich hinter der Bezeichnung „Bundesärztekammer“ ein nicht rechtsfähiger Verein von Landesärztekammern verbirgt, jedoch keine öffentlich-rechtliche Institution auf Bundesebene, wie der Name eigentlich impliziert!

An der Feststellung der Bundesärztekammer, dass mit dem Hirntod der Tod des Menschen festgestellt sei, **ändert die Tatsache nichts, dass es sich bei dem Patienten zu diesem Zeitpunkt um einen Körper handelt, dessen Herz noch schlägt** und den gesamten Kreislauf aufrechterhält, der noch seine normale, warme Temperatur und Stoffwechsel aufweist.

Auch das funktionsunfähige Gehirn ist noch durchblutet und keineswegs erkaltet wie bei einem Toten.

Daher ist es auch noch längst nicht in den Verwesungsprozess übergegangen.
Bis zur Feststellung des Gehirntods (und damit juristisch gesehen: des Todes des Patienten durch Ärzte) wurde dieser vom Pflegepersonal noch als Komapatient behandelt:
Er wurde ernährt, gewaschen und in jeder notwendigen Weise gepflegt.
Männliche „Gehirntote" sind selbst noch zu einer Erektion fähig. Weibliche schwangere Gehirntote lassen in ihrem Körper ein Embryo weiter wachsen und bis zu seiner Geburt reifen. Auch Wunden können noch ausgeheilt werden.

Dr. Zieger berichtete 1996 dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags, dass Komapatienten auf äußere Ereignisse und soziale Stimuli, wie etwa den Besuch von Angehörigen, eindeutig reagieren. Gehirntote können noch Tage, Wochen, auch noch Monate oder jahrelang leben, bis sie einem würdevollen, friedlichen Tod begegnen.
Deshalb hat das Pflegepersonal häufig seine Probleme damit, dass ein irreversibel komatöser Patient, den sie bis dahin in vollem Umfang gepflegt hatten, zu einem bestimmten Zeitpunkt als vorgesehener Organspender von den Ärzten als tot erklärt wird, obwohl er nach wie vor wie ein Schlafender lebend,, warm und atmend im Bett liegt.

Kein Wunder, dass Professor Franco Rest äußerte: „Den Hirntod gibt es überhaupt nicht; er ist eine Erfindung der Transplantationsmedizin."

Mediziner, die die Hirntod-Diagnose stellen, bereiten dem Patienten zuvor schmerzhafte Erfahrungen:
Der Eingriff dient nämlich in der Regel der Organbeschaffung, und nicht dem Wohl des Patienten.

Die klinische Untersuchung sieht u. a. vor: eine Provokation der Augenhornhaut mit einem Gegenstand; Stechen in die Nasenwand; Reizen des Rachenraums mit einem Gegenstand;

Setzen eines heftigen Schmerzes zur Reizung von Reflexen; Reizung des Bronchialraums durch Absaugkatheter; festes Drücken der Augäpfel; Gießen von Eiswasser in die Gehörgänge.

Zur Absicherung der Diagnose wird gelegentlich eine Angiographie mit

Kontrastmittelgabe durchgeführt.
Dieses Testverfahren kann beim noch lebenden Spender zu einem anaphylaktischen Schock mit Todesfolge führen.

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation empfiehlt als letzte klinische Untersuchung den Apnoe-Test: das Abschalten der Herz-Lungen-Maschine. Dabei kann es zu Blutdruckabfall, Herz-Rhytmus-Störungen oder gar zum Herzstillstand kommen.

Über belastende Untersuchungen, mögliche Gefahren und Fehleinschätzungen bei der Hirntoddiagnostik wird der spendenwillige Bürger jedoch derzeit nicht aufgeklärt.

Unbekannt bleibt, wie häufig Fehldiagnosen eines Gehirntods gestellt werden. Derartiges wird selbstverständlich nicht in Fachzeitschriften publiziert.
Indessen wurden Fälle bekannt, in denen bei „Hirntoten“, durch Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen diese Patienten wieder gesund wurden.

Die Autoren einer entsprechenden Studie warnten vor der Fehldiagnose des Hirntods.2 So wurde bei der 56-jährigen Gloria Crux der Hirntod diagnostiziert und prognostiziert, dass sie innerhalb von 48 Stunden sterben würde. Sie überlebte aber, weil ihr Mann das Abschalten der Geräte verhindern konnte. Eine weitere Betroffene, Frau Rosemarie Körner, berichtete:

„Hätte man ihm (ihrem damaligen Ehemann) aufgrund der mehrmaligen Hirntod-Diagnose Organe entnommen, würde er heute nicht mehr leben, nicht zum dritten Mal verheiratet sein.“

Vor der Organentnahme auf dem Operationstisch erhalten diese angeblich Toten häufig muskelentspannende und schmerzstillende Medikamente. Hier und da bekommen sie auch eine Vollnarkose oder werden örtlich anästhesiert.

Nicht selten schnallt man sie auf dem Operationstisch fest, um irritierende Bewegungen zu verhindern.

Daraus ist unschwer zu entnehmen, dass die Organtransplanteure keineswegs davon ausgehen, dass der Organspender, dem auf dem Operationstisch lebendfrische, warme Organe – etwa das noch schlagende Herz – herausgeschnitten werden, bereits im eigentlichen Sinne tot und ohne jedes Schmerzempfinden sei.

Ganz im Gegenteil! Wie bei einem operierten, lebenden Patienten reagiert

auch der Hirntote auf unbewusste Schmerzen: Die Pulsfrequenz schnellt hoch, der Blutdruck verändert sich, Hormone werden ausgeschüttet. Ein wirklicher Toter, ein Leichnam, ist zu solchen Reaktionen selbstverständlich nicht mehr fähig. Da ein Schmerzempfinden in solchen Fällen nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann,

ist in der Schweiz bei der Organentnahme am „Toten“ inzwischen eine Vollnarkose vorgeschrieben.

Selbst die Deutsche Stiftung Organtransplantation empfiehlt zur „Optimierung des chirurgischen Eingriffs“ 5 Fentanyl, ein synthetisches Opioid. Es ist eines der stärksten Schmerzmittel – ca. 100 Mal stärker als Morphin. Gescheut wird die Empfehlung einer Vollnarkose, wahrscheinlich weil dies auch dem Laien offenbaren würde, dass der tote Organspender in Wirklichkeit noch gar nicht tot ist.

Zu Zwecken der Organentnahme wird der auf dem OP-Tisch liegende Körper des Hirntoten von der Kehle bis zum Schambein aufgeschnitten bzw. aufgesägt. Als Erstes gießt man sodann Eiswasser in den aufgeklappten Körper, dann werden die einzelnen Organe herausgeschnitten. Erst danach tritt der eigentliche, endgültige Tod der ausgenommenen körperlichen Hülle des Patienten ein, jedoch nicht der entnommenen Organe, die in anderen Patienten weiter leben und weiter funktionieren sollen. Dem SPD-Bundestagsabgeordneten Dr. Wolfgang Wodarg, von Beruf Arzt, wurde die Bitte abgelehnt, als Zuschauer einer Organentnahme beizuwohnen. Als Begründung wurde mitgeteilt, die einem Schlachtfeld ähnelnde Szene sei keinem Zuschauer zuzumuten. Und dies wahrscheinlich aus gutem Grund! Der Blutverlust beim Aufschneiden eines noch von der Blutzirkulation durchpulsten, lebenden Körpers von der Kehle bis zum Schambein und das anschließende Ausschlachten von Organen führt fast zum totalen Blutverlust der körperlichen Hülle. Die Chirurgen stehen wegen der Blut- und Wasserüberschwemmung des Fußbodens häufig auf Matten oder Tüchern.

Wie schon vorher erwähnt, werden übrigens nicht nur Organe entnommen, sondern auch Gewebe. Infrage kommt hier praktisch der gesamte Körper, z. B. die Oberschenkelknochen. Für den Bestatter muss der Leichnam („der Hampelmann“) dann erst wieder stabilisiert werden – zum Beispiel, indem man ihn mit Besenstielen austopft und zunäht. Herausgenommene Augen werden zugeklebt oder durch Glasaugen ersetzt. Wie in der Ärztezeitung vom 31. August 2000 zu lesen war,

hält der britische Anästhesist Dr. Peter Young es grundsätzlich für möglich, dass hirntote Patienten bei der Organentnahme Schmerzen empfinden können.

Andere britische Narkose-Fachärzte haben dem zugestimmt. Dr. Philip Keep vom Norfolk und Norvich Hospital, Norvich, ließ die Hörer eines Radio-Programms der BBC wissen, dass er eine Organspende für sich persönlich ablehne. Er erklärte dazu:

Ich habe während meiner langjährigen Arbeit im OP dutzende hirntote Organspender gesehen, die bei der Entnahme der Organe Reaktionen zeigten. Ich möchte und kann nicht ausschließen, dass dies auf ein gewisses Schmerzempfinden des Organspenders hindeutet."

Er vertritt daher die Auffassung, dass hirntote Organspender vor einer Organentnahme grundsätzlich anästhesiert werden sollten. Die Verabreichung einer Vollnarkose oder stärkster Schmerzmittel schließt wohl die Annahme aus, dass deren Körper schon tot seien. Doch in der Anatomie gibt es Probleme dieser Art nicht.

Gemäß heutiger Neurowissenschaft sind die Eingeweide von mehr als 100 Millionen Nervenzellen umhüllt.

Dieses „zweite Gehirn" ist gleichsam ein Abbild des Kopfhirns: Zelltypen, Wirkstoffe und Rezeptoren sind exakt gleich.

Oft entscheidet der Mensch buchstäblich „aus dem Bauch heraus". Solange „das Bauchhirn" noch lebt, kann es die Todesdefinition „Hirntod = Tod" nicht geben.

Das gilt natürlich auch für das Herz und seine Intelligenz. Auch nach dem Hirntod kann es weiter schlagen. So liest man beispielsweise im Buch „Die Herz-Intelligenz-Methode"3:

„Dank seiner komplexen Schaltkreise kann es [das Herz] unabhängig vom Gehirn im Kopf arbeiten. Es kann lernen, sich erinnern, ja selbst fühlen und empfinden."

Nicht umsonst sagt man, uns „geht etwas zu Herzen", „das Herz wird schwer" oder das Herz könne „brechen".

In der Beilage „Organspende und Selbstbestimmung" der Zeitschrift Das Parlament 4 war in dem Artikel „Wie tot sind Hirntote? Alte Fragen – Neue Antworten!" u. a. zu lesen:

„Kritiker der Gleichsetzung von Tod und Hirntod wie der Philosoph und Nobelpreisträger Hans Jonas halten am klassischen Todeskonzept fest. Sie plädieren dafür, den Komapatienten oder den Hirntoten im Zweifel so zu

behandeln, als sei er noch auf der Seite des Lebens, da wir die exakte Grenze zwischen Leben und Tod nicht kennen und der Mensch nicht von seinem Körper zu trennen oder im Gehirn zu lokalisieren sei.“

Jonas warnt davor, das Hirntod-Kriterium in den Dienst der Organ-Beschaffung zu stellen. Der Therapieabbruch bei hirntoten Patienten sei nur dann gerechtfertigt, wenn er dem Interesse des Patienten selbst diene, aber nicht für fremdnützige Zwecke.

Auch Gehirnforscher und andere Wissenschaftler stellten fest, dass die Gleichsetzung von Hirntod und Tod aus physiologischer Sicht unhaltbar sei, ebenso wie die Gleichsetzung hirntoter Patienten mit Leichen. Dr. Manfred Lütz, Theologe, Arzt und Mitglied im Direktorium der Päpstlichen Akademie für das Leben äußerte sich in einem Radio-Interview wie folgt: „Was die Kirche sagen kann, ist: Man darf nicht jemanden töten, um an seine Organe zu kommen.“ So stellte auch das „Presidents’ Council on Bioethics“ (USA) 2008 eindeutig klar: „Der Hirntod ist naturwissenschaftlich nicht dem Tod gleichzusetzen.“ Ist dies richtig, so wird jeder „gehirntote“ Organspender von den Transplantationschirurgen auf dem OP-Tisch erst durch die Entnahme seiner Organe getötet. So wundert es nicht, dass Papst Benedikt XVI. forderte, dass Organe nur ex KADAVERE (vom Leichnam) entnommen werden dürften. Er selbst zog seine Bereitschaftserklärung zur persönlichen Organspende zurück.

Wegen der völlig unzulänglichen Aufklärung durch Politik und Medien erwarten auch die Mitglieder der Initiative „Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.“ (KAO), dass seitens der dafür Verantwortlichen endlich eingestanden wird, dass der „Hirntod“ keine wissenschaftliche, sondern eine juristische Definition ist, um von einem sterbenden, lebenden Menschen straffrei lebendfrische Organe entnehmen zu können. Diese Initiative wurde von Eltern gegründet, die ihre verunglückten Kinder zur Organentnahme freigegeben hatten, ohne zuvor über den allumfassenden Sachverhalt ordnungsgemäß aufgeklärt worden zu sein. Sie hatten erst nach der Entnahme begriffen, dass lebende Organe nicht von Menschen entnommen werden können, die bereits wirklich tot sind, wie sie vorher angenommen hatten. Zahlreiche dieser Eltern haben sich öffentlich geäußert. Darunter auch Frau Renate Greinert, deren umfangreicher Äußerung folgende Passagen zu entnehmen sind:

„Wir befinden uns durch die Transplantationsmedizin im modernen Kannibalismus. Der Mensch reißt seinem Gegenüber nicht mehr sein Herz aus der Brust und verspeist es zur eigenen Kraftgewinnung, nein, in der heutigen Zeit legt sich der Mensch auf einen Operationstisch, schließt die Augen und lässt einverleiben. Ich gab den Kampf um meinen Sohn auf, weil der Arzt sagte, Christian sei tot. Eine ungeheuerliche

Situation: Ich wende mich von meinem Kind ab, das warm ist, lebendig aussieht und behandelt wird wie ein Lebender, weil der Arzt sagt, mein Kind ist tot.

Ich musste gegen mein eigenes Empfinden glauben. Ich habe meinen Sohn vor seiner Beerdigung noch einmal gesehen.

Er erinnerte mich an ein ausgeschlachtetes Auto, dessen unbrauchbare Teile lieblos auf den Müll geworfen wurden. Wir waren bereit gewesen, ein Organ zu spenden, jetzt erfuhr ich, dass die Mediziner meinem Sohn Herz, Leber, Nieren und Augen entnommen hatten, man hatte ihm sogar die Beckenkammknochen aus dem Körper gesägt.

Zerlegt in Einzelteile war er dann über Europa verteilt worden. Er war zum Recyclinggut geworden. Ich war gar kein Einzelfall, wie mir eingeredet werden sollte.
Alle diese Angehörigen waren – wie ich – unaufgeklärt oder falsch informiert in die Organentnahme manipuliert worden.

Alle Angehörigen der Organspender sind davon ausgegangen, dass ihre Kinder so tot waren, wie man sich TOT-SEIN vorstellt. Alle erinnerten sich daran, dass ihre Kinder aber gerade nicht kalt, starr, leblos und ohne Atem waren. Im Gegenteil: Sie waren warm, einige schwitzten, sie wurden wie Patienten versorgt und behandelt. Die Mütter erzählen von nächtlichen Albträumen, in denen ihre Kinder schreien und ihnen vorwerfen, sie verlassen zu haben. Und das genau haben wir getan. Es ist nicht zum Aushalten! Wir finden keinen Weg aus der Schuld. Kassierer, Gewinner ist der Transplantationsmediziner, der seinem Traum, den Tod zu besiegen, einen wesentlichen Schritt näher gekommen ist. Die Gesellschaft wird mit ihrer Angst vor dem Sterben so manipuliert, dass wir uns alle nur in der Rolle der Organempfänger sehen, aber nicht als Lieferant. Die Akzeptanz der Organspende beruht darauf, dass keiner mehr sterben will. Jeder hofft, auf Kosten eines anderen zu überleben. Über Organverteilerstellen werden sie wie Ware angeboten und in Europa verteilt. Entnommen und in Kühlboxen verpackt werden sie per Hubschrauber oder Jet in Transplantationszentren geflogen und verwertet. Der Mensch verkommt zum Sonderangebot, tiefgefroren bis zur Verwertung. Wollen wir das wirklich oder sollten wir nicht endlich Einhalt gebieten? Es war ein langwieriger Prozess, zu begreifen, dass Sterben etwas Alltägliches ist, dass der Tod die Krönung des Lebens ist. Die einzige Alternative zur Transplantationsmedizin für Spender und Empfänger von Organen, für jeden von uns, ist die Akzeptanz des Sterbens.“

Frau Renate Focke, Mutter des 1997 verunglückten Arnd, äußerte in der Schrift der KAO „Organspende – Die verschwiegene Seite“, dass im Fall ihres Sohnes eindeutig gravierende Verstöße gegen das Transplantationsgesetz

begangen worden seien.
Ihr Ehemann, Gebhard Focke, äußerte sich dort wie folgt:

„Ich werfe mir vor, dass ich ihn habe sterben lassen, während er aufgesägt und aufgeschnitten wurde, während er mit kalter Perfusionslösung durchspült wurde – und das alles ohne Narkose.

Keiner weiß aber genau, was ein sog. ‚Hirntoter' noch empfinden kann. Ich werfe mir vor, dass ich tatsächlich meinen Sohn für tot hielt, als die Ärzte mir das verkündeten, obwohl er sich durch die Hirntod-Feststellung in keiner Weise verändert hatte.

So aber fühle ich mich über den Tisch gezogen, meine Unwissenheit wurde ausgenutzt. Ich habe mir oft überlegt, was ich denn hätte wissen müssen, um eine begründete Entscheidung treffen zu können. Vielleicht hätte schon folgende Frage ausgereicht: ‚Ihr Sohn liegt im Sterben. Sind Sie damit einverstanden, dass er auf dem OP-Tisch zu Ende stirbt, während ihm die Organe entnommen werden?' Ich hoffe, dass ich dann die Ärzte vom Hof gejagt hätte. Wer möchte sein Kind schon auf solch schreckliche Weise sterben lassen? […] Wenn ich gewusst hätte, dass es begründete Zweifel am Hirntod-Konzept gibt, hätte ich meine Zustimmung zur Organentnahme nie gegeben – wer möchte seinen hilflosen Angehörigen solch einem ungewissen und grausamen Sterben ausliefern? […]

Statt von der 100-prozentigen Zuverlässigkeit der Hirntod-Diagnostik zu fabulieren, sollte man die Öffentlichkeit darüber informieren, dass Studien das Gegenteil belegen.

Statt den schwammigen Begriff der Nächstenliebe zu verwenden, sollten gerade die Kirchen ein Interesse daran haben, ihre sterbenden Mitglieder nicht schutzlos der Medizin auszuliefern, sondern ihnen einen Übergang in Würde und Ruhe zu ermöglichen.

Und die DSO sollte nicht dauernd von Solidarität in der Gesellschaft reden und damit die Ausbeutung des Einen zugunsten eines Anderen meinen.

Zusammen mit der Pharma-Industrie, die an den Transplantierten, die ja Dauerpatienten sind, viel Geld verdient, ist hier ein Kartell entstanden, das Informationen nur dann fördert, wenn sie Werbung für Organspende darstellen.

Sonst tut man alles, um die Öffentlichkeit nur in eine Richtung zu beeinflussen."

Stets wird versucht zu verhindern, dass Angehörige die ausgeschlachtete,

leblose körperliche Hülle des „Organspenders“ nach der Entnahme sehen. Diejenigen, denen es dennoch gelingt, sind entsetzt. Der sich ihnen bietende Anblick verfolgt sie meist ihr ganzes Leben lang. Das Gesicht des Spenders zeigt nicht den beseelten Frieden von Menschen, die man in Würde hat sterben lassen. Sie spiegeln vielmehr Furcht, Angst und fürchterliche Schmerzen wider. Blonde Haare junger Menschen sind ergraut oder weiß geworden. Die Haut des entbluteten Körpers zeigt sich in einem unnatürlichen grauweißen Farbton. So äußerte sich Frau Gisela Meyer, Mutter des verunglückten Sohns Lorenz wie folgt:

„Beim Anblick meines Sohns glaubte ich zunächst an einen Irrtum. Ich erkannte ihn nicht, weil sein zuvor unverletztes Gesicht so entstellt war. Bis dahin hatte ich schon als Krankenschwester und in der eigenen Familie Sterbende begleitet und in das Gesicht von Verstorbenen geschaut. Ich hatte keine Berührungsängste und kannte den friedlichen und entspannten Gesichtsausdruck, der sich oft bei Verstorbenen einstellt. Das Gesicht meines Kindes war hingegen ganz klein geworden, die Lippen, seine schönen vollen Lippen, waren zusammengepresst, der Gesichtsausdruck sah nach Schmerzen aus. Seine Haare waren nass, die Augen mit Mulllagen bedeckt und kreuzweise verklebt. Entgegen den Behauptungen der Transplantationsmediziner bin ich überzeugt, dass mein Kind bei der Organentnahme Schmerzen erlitten hat. In seinem Sterben war ihm noch Schlimmes widerfahren. Nach der Krankenakte, die wir später lasen, bekam er eine Lokalanästhesie – warum? Hatte er sich bei der Operation bewegt? Hatte der Arzt gemerkt, dass er mit Schmerzen reagierte? […]“

Darüber, wie viele Organtransplantationen missglücken, wird nicht gesprochen – zumindest nicht in der Öffentlichkeit. Der Empfänger erhofft sich die Verlängerung seines Lebens mit dem fremden Organ. Am eigenen Körper muss er dann erfahren, was es bedeutet, für den Rest seines Lebens in die Abhängigkeit vom Transplanteur und anderer Ärzte zu kommen. Mit hohen Cortisongaben und anderen Medikamenten müssen die Abstoßungsreaktionen des fremden Organs ständig bekämpft werden. Das setzt die eigene Immunkraft herab und hebt sie letztlich auf. Bakterien, Viren und Pilze haben freien Eingang in den ungeschützten Körper des Empfängers und können sich dort ungehindert vermehren. Die Pharma-Industrie verdient exzellent an Organempfängern. Die monatlichen Medikamentenkosten betragen oft tausende Euro. Hier und da müssen verbrauchte, eingesetzte Organe durch wiederum neu beschaffte ersetzt werden!

Mancher Organempfänger stirbt qualvoll an Infektionen, gegen die sich sein Körper nicht mehr wehren kann. Der Preis, den der Organempfänger für die gewonnene Verlängerung des Lebens seines irdischen Körpers zahlt, ist hoch. Das fremde Organ wird nie ein eigenes. Häufig sind auch

Wesensveränderungen zu beobachten.[5] Vegetarier, denen das Organ eines Fleischessers eingepflanzt wurde, verspüren beispielsweise plötzlich einen wilden Hunger auf Fleisch. Eine 35-jährige Frau, die das Herz eines Callgirls erhalten hatte, konnte danach von Sex nicht mehr genug bekommen. Ein Arbeiter ohne kulturelle Neigungen, dem man die Leber eines jungen Geigers übertragen hatte, interessierte sich plötzlich für klassische Musik. Ein zehnjähriges Mädchen wurde seit der Transplantation von schweren Albträumen geplagt. Es hatte das Herz einer Achtjährigen erhalten, die ermordet worden war. Die Empfängerin des Herzens konnte das Verbrechen an der Organspenderin so genau beschreiben, dass die Polizei den Täter ermitteln und festnehmen konnte. Direkt nach einer Transplantation treten auch Euphorie, Verwirrtheitszustände und halluzinative Erlebnisse auf. Typisch sind Wahnideen von Raub und Tötung. Die Ärzte, die mit diesen Problemen überhaupt nicht vertraut sind, führen dies zumeist auf Folgen der verordneten Medikamente zurück. Dies alles ist noch ein großes, dunkles, unübersehbares Feld!

Zieht man aus all dem die Bilanz, lässt sich unschwer erkennen: Die Diagnose „Gehirntod“ bedeutet für einen im Sterbevorgang lebenden Patienten das endgültige Todesurteil, und zwar durchgeführt auf grausamste Weise. **Vollstreckt wird es von Chirurgen auf dem Operationstisch anlässlich der Organentnahme. Die Spuren dieses Vorganges werden von den Angehörigen danach auch in der Leichenhalle wahrgenommen – soweit es überhaupt dazu kommt.**

Da der Mensch entgegen der atheistischen, materiellen medizinischen Wissenschaft nicht nur aus einem organischen Körper besteht, sondern eine Einheit aus Körper, Geist und Seele bildet, die sich wechselseitig völlig durchdringen, bleibt es der Phantasie des Einzelnen überlassen, was die „Organ-Geist-Seele-Transplantation“ für Spender und Empfänger in Wahrheit bedeuten muss und welche Folgen dies hat – nicht nur im körperlichen, sondern auch im geistig-seelischen Bereich. So fragt auch der Verein Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V. (KAO) in seiner Schrift „HIRNTOD – Der neue Tod bei lebendigem Leib“:

„Sollen wir das christliche Menschenbild von der Ganzheit des Menschen aus LEIB, SEELE, GEIST aufgeben und das Maschinenmodell der Transplantationsmedizin übernehmen?“

Mediziner klären Organspender oder deren Angehörige und Organempfänger selbstverständlich nicht über solche Aspekte auf. Sie können es auch nicht, weil ihre atheistische, materielle Medizin-Wissenschaft wohl den irdischen menschlichen Körper, nicht aber dessen Geist und Seele kennt. Im Interesse der Einwilligung zur Organspende und dem Wunsch nach der Einverleibung von Organen anderer Menschen wird aber auch viel von dem verschwiegen,

was sie im Bereich dieser materiellen Welt zu erkennen vermögen. Der Verein Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V. zitiert den Transplantations-Medizin-Professor Rudolf Pichlmayr in seiner Schrift „Organspende – Die verschwiegene Seite“: „Wenn wir die Gesellschaft über die Organspende aufklären, bekommen wir keine Organe mehr.“ Aufklärung erfolgt daher hauptsächlich einseitig „pro Organspende“. Nicht verwunderlich ist in diesem Zusammenhang die Meinung des Vorsitzenden der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, Prof. Hans Lilie:

„Es bleibt dem Einzelnen überlassen, sich selber die notwendigen Informationen zu besorgen, sodass eine Organspende auch dann zulässig ist, wenn der Betreffende sich für die Spende ausgesprochen hat, ohne über die Einzelheiten zuvor aufgeklärt worden zu sein.“6

Dr. med. M. O. Bruker, dessen Gesundheitsbücher in über drei Millionen Exemplaren vertrieben wurden, äußerte sich wie folgt:

„Ich schäme mich für den Ärztestand, dass nicht alle Kolleginnen und Kollegen aufstehen und laut NEIN sagen zu der Art der Aufklärung über die Organtransplantation.
Sie befürworten damit stillschweigend ein dunkles Geschäft, das unethisch und unmoralisch betrieben wird. Es setzt sich über die Menschenwürde hinweg und nimmt eine Tötung des Lebenden billigend in Kauf.

Von dieser Art der Geschäftemacherei distanziere ich mich auf das Schärfste und mit ihr sicher der größte Teil der Ärzte.“ Er schrieb auch: „Heute gilt – wie absurd – der ‚Hirntod‘ als Gesamttod, obwohl keine ausreichenden Beweise dafür vorliegen. Auf diese Weise wurde durch die Gesetzgebung ein Freispruch für alle ‚Handlanger‘ dieses ‚Mordsgeschäfts‘ erreicht.“ 7

Andreas Brenner, Philosophie-Professor an der Universität Basel und an der Fachhochschule Nordwest-Schweiz, der sich insbesondere mit Bioethik und Biopolitik befaßt, antwortete auf die Frage, ob der Mensch tot ist, wenn sein Gehirn nicht mehr funktioniert:

„Ein Hirntoter ist nach allgemeiner Definition ein Mensch mit einer starken Gehirnschädigung. Und diese ist vermutlich irreversibel. Das bedeutet aber nicht, dass er tot ist.“

Prof. Andreas Brenner, mit der Behauptung konfrontiert, in den USA disktutiere man inzwischen darüber, die „Gehirntod“-Definition fallen zu lassen und von Tötung zu sprechen, äußerte sich wie folgt:

„Ja, man findet das Hirntod-Konzept einerseits nicht schlüssig und gibt zu, dass Organentnahme bei Hirntod eine Tötung ist, will aber mit der

Transplantationsmedizin trotzdem weitermachen. Man überlegt sich nun, die Organentnahme als ‚justified killing' zu betrachten, als gerechtfertigtes Töten. Das ist verheerend. Damit verabschiedet man sich vom Geist des über 2.000 Jahre geltenden hippokratischen Eids, nach dem die Ärzte das Leben nicht beenden dürfen."8

Von Professor Wolfgang Waldstein, Ordinarius an der Zivilrechtlichen Fakultät der Päpstlichen Lateralen Universität und Mitglied der Päpstlichen Akademie für das Leben, stammt u. a. folgende Äußerung vom Februar 2012:

„Die absurde Formel der Transplantationsmedizin lautet: Leben retten durch Töten. Und dieses Töten wird kurzerhand als ‚justifiable necessity for procuring transplantable organs' [gerechtfertigte Notwendigkeit, transplantierbare Organe zu beschaffen] erklärt. Wer kann dieses Töten wirklich rechtfertigen? Das Problem der Forderung der Bereitschaft zur Organspende liegt darin, dass sie die wohl meist nicht bewusste Bereitschaft einschließt, sich töten zu lassen. Und das darf nicht verschwiegen werden."9

Nach alledem sind die hier gegebenen Informationen insgesamt zur Entscheidungsfindung des Einzelfalls unentbehrlich, denn die Quelle vieler Leiden ist die Unwissenheit. Wissen jedoch hilft, viele Leiden zu vermeiden. Dass die Medizin der Zukunft – nach Überwindung des materiellen Zeitalters – die gegen jede natürliche Ordnung gerichteten, perversen Organtransplantationen nicht mehr kennen wird, steht für mich fest.

Endnoten

1 Siehe „Herzloser Tod – Das Dilemma der Organspende", S. 192 ff.

2 www.das-parlament.de/2011/20-21/Beilage/001.html

3 VAK-Verlag, S. 56

4 Ausgabe 20 / 21 2011

5 Hierzu berichteten wir bereits in NEXUS-Ausgabe 1.

6 Aus seinem Vortrag beim 110. Deutschen Ärztetag in Münster am 16.05.2007

7 Aus „Sterben auf Bestellung – Fakten zur Organentnahme", Hrsg. Ilse Gutjahr, Dr. phil. Mathias Jung.

8 Aargauer Zeitung vom 9.8.2011

9 Die Tagespost, 11.2.2012, Nr. 18 / Nr. 6 ASZ

Anm. d. Redaktion: Kurz vor Drucklegung erreichte uns noch folgender Leserbrief:

„Vor etwas mehr als 13 Jahren hatte der Freund meiner Tochter Christine einen Autounfall mit wenigen Verletzungen aber Gehirndruck im Ausmaß des zehnfachen Normalwerts. Nach einigen Tagen wurde der Gehirntod festgestellt. Die Eltern wurden gefragt, ob die Geräte abgeschaltett werden sollten oder nicht, und ob sie einer Organentnahme zustimmen würden. „Nein“, war die Antwort. Igendwo schnappten wir die Info auf, sie dürften dies hier in Österreich trotzdem tun. Meine Tochter sah in den Sarg und wollte ein letzten Mal ihren Wolfi sehen. Das sei nicht mehr ihr Wolfi, waren ihre Worte. Ich hab ihn mir auch angesehen. Und ich habe zuvor schon Tote gesehen. Aber das war schlimm. Da war keine Seligkeit zu sehen, sondern eine verzerrte Grimasse. Man sah zwar nichts, aber es war wirklich nicht mehr der Wolfi. Heute weiß ich, warum. Ich hab damals gar nicht realisiert, dass sie ihn lebendig zerschnitten haben. Ich darf das seiner Mutter gar nicht sagen, die würde sterben. Was tut man in so einem Fall? Ich habe für mich beschlossen, sie zu verschonen. Sie ging damals mehr als ein Jahr lang jeden Tag ans Grab. (Er war erst 19 Jahre jung.) Ich hab ihr dann einmal gesagt, dass er keine Ruhe finden kann, weil sie ihn nicht gehen lässt und habe ihr Behandlungen gemacht und es wurde allmählich besser. Aber als sie bei meinem fünfzigsten Geburtstag meine Enkelin sah, musste sie so weinen, dass sie nicht mehr sprechen konnte. Es hätte auch ihre Enkelin werden können, wenn nicht …

Ich habe für mich selber beschlossen, einen Text bei mir zu tragen, der ausdrücklich darauf hinweist, dass ich keine Organspende erhalten darf, selbst wenn es möglich wäre. Ich will gehen, wenn es Zeit ist. Und ich bin frei von Angst. Zumindest jetzt. Und wenn es dann soweit ist, werden mir auch alle Engel helfen.
1995 hatte ich selber einen Unfall und ich war damals im Krankenbett soooo dankbar (sechs Wochen Intensiv), dass ich einem inneren Drang zufolge KEINEN Pass bei mir trug (wie irgendwo empfohlen), dass ich Organe spende, wenn … Ich war mehr tot als lebendig damals. Das dumpfe Gefühl, ich hätte dran glauben müssen, wenn so ein Pass gefunden worden wäre, umfängt mich noch heute … heute eigentlich erst recht. DANKE für deine Aufklärung! Es war schrecklich, den ganzen Bericht zu lesen und ich hab geweint vor Schmerz, aber es ist mehr als wichtig, das alles zu wissen!
Mir scheint, das Geschäft mit der Organspende baut unter anderem auch auf dieser Ohnmacht und dem folgendem Stillschweigen auf. Wie menschenverachtend!“

http://www.nexus-magazin.de/artikel/lesen/was-es-wirklich-bedeutet-organe-zu-spenden-ein-blick-auf-die-dunkle-seite/5?context=category&category=2